



Landsmøde 2018

Eigtved Pakhus, 6. marts 2018



Indhold

Velkomst og orientering om nævnets arbejde.....	3
Fase 2 og nu fase 4 – om PAS-rådgivning umiddelbart før og efter hjemtagelsen	5
Den aktuelle formidlingssituation i Danmark.....	7
Nyt fra det medicinske område – hypertension, BMI, gynækologiske cancers og arvelige forhold hos ansøgere	9
Godkendelsesrammer – Adoptionsnævnets erfaringer fra sager om børn i forslag til adoption	10

VELKOMST OG ORIENTERING OM NÆVNETS ARBEJDE.

VED FORMAND FOR ADOPTIONSNÆVNET THOMAS LOHSE

Thomas Lohse indledte med at byde velkommen til landsmødet 2018.

Thomas Lohse oplyste herefter, at han har været formand i nævnet siden 2014, og at det betyder, at han er halvvejs, da det kun er muligt at sidde 8 år som formand. Han har derfor valgt at se lidt tilbage i tid for på den måde at belyse udviklingen i nævnets arbejde.

Om nævnets arbejde oplyste Thomas Lohse, at antallet af klagesager fra 2010 til 2017 er faldet fra 54 i 2010 til blot 26 i 2017. Der er tale om et markant fald, men i de seneste 4 år har antallet af klagesager ligget mellem 26 og 29. Dette hænger blandt andet sammen med, at antallet af enlige og par, der søger om at få lov til at adoptere er faldende.

Herudover har der over en årrække været tale om et faldende antal nationale, anonyme adoptioner. I perioden fra 2007 til 2017 er der bortadopteret 160 børn. I 2015 var tallet alene 6 adoptioner, i 2013 22 børn og i 2017 var der 21 børn til bortadoption.

Der har yderligere været et fald i antallet af ansøgere på den nationale liste. I 2016 stod ca. 90 par på venteliste til at adoptere nationalt, mens der i 2017 alene stod 76 par. Thomas Lohse mente, at faldet primært skyldtes 2 ting. For det første økonomi, da det er blevet meget dyrere at adoptere internationalt. Herudover er lægevidenskaben i stand til mere og mere i forhold til fertilitetsbehandling. Der kan måske også være tale om, at det er blevet lettere at få et barn via "det grå marked". Vi ved det ikke, men for nylig fremgik det af en avisartikel, at et par tidligere havde købt et spædbarn i Polen.

Thomas Lohse nævnte også, at nævnet har modtaget flere sager end tidligere om adopterbarhed. Der kan være tale om en ny tendens, der måske er afledt af de nye og lempeligere regler om tvangsadoption. Her bliver det drøftet, om et barn er "egnet" til adoption. Nævnet har ikke lagt sig fast på bestemte kriterier for denne vurdering, men ser på, om barnet har så store udfordringer og er så behandlingskrævende, at det ikke giver mening at tale adoption. Der skal dog rigtigt meget til, før et barn er ikke-adopterbart. Nævnet står i den forbindelse overfor 2 problemstillinger – 1) er barnet adopterbart? Og 2) hvis ja, kan nævnet finde en familie på den nationale liste, som kan magte opgaven, og som vil adoptere det konkrete barn. Ved matchningen af en familie til et barn med særlige udfordringer udvælger nævnet 5-6 familier, hvor barnet præsenteres anonymt for disse familier. Familierne ved godt, at der bliver skrevet til flere familier samtidig.

Et tredje punkt, som Thomas Lohse nævnte, er de udfordringer, der kan være ved, at adoptionsansøgere ikke kan rumme det, som de siger og tror, at de kan rumme. At tingene til tider kan udvikle sig anderledes end forventet, viser også en nyligt udarbejdet rapport fra Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd – *at vokse op som adopteret i Danmark*. Det fremgår blandt andet heraf, at der blandt adoptivbørn er 7 procent, der anbringes udenfor hjemmet, mens det for ikke-adopterede alene er 5 procent. Dette svarer til en 40 procent større risiko for at blive anbragt, hvis man er adoptivbarn. Herudover har op mod 18 procent af de adopterede været i kontakt med psykiatrien, hvorimod tallet for ikke adopterede børn er 9 procent.

Nævnet oplever selv udfordringen i forbindelse med matchningssagerne, hvor ansøgere, som tidligere har oplyst, at de vil kunne rumme et barn med særlige behov, takker nej til et konkret barn, som de får stillet i forslag.

Dertil kommer, at adoptanterne til tider glemmer at fortælle væsentlige negative ændringer, som fx at de er flyttet fra hinanden. Det gør, at nævnet nu tjekker i CPR-registre, om adoptanterne fortsat bor sammen.

FASE 2 OG NU FASE 4 – OM PAS-RÅDGIVNING UMIDDELBART FØR OG EFTER HJEMTAGELSEN

VED FAGLIG LEDER FOR PAS-ORDNINGEN SAMT DE ADOPTIONSFORBEREDENDE KURSER ANITA BERNER

Anita Berner indledte med at præsentere sig selv som faglig leder af PAS-ordningen i Ankestyrelsen. Hun er uddannet psykolog med 20 års erfaring, hvoraf de seneste 4 har været i Ankestyrelsen.

Hun begyndte herefter sit oplæg med at fortælle, at som udgangspunkt ved adoptanter ikke, hvad de går ind til. Der er mere på spil, når der er tale om et barn, der er traumatiseret, end når der er tale om et "almindeligt" barn.

Pr. 1. januar 2016 blev der indført 6 timers obligatorisk rådgivning for adoptivfamilier. Der blev indført 3 timers obligatorisk rådgivning til adoptanterne inden modtagelsen af barnet, men efter de har accepteret barnet, og 3 timers rådgivning inden 3 måneder efter hjemtagelse. Herefter kan adoptanterne anvende de 20 timers PAS-rådgivning, som der er tilbud om frem til barnets 18. år.

Selvom de 6 timers rådgivning er obligatorisk, er der ingen sanktioner, hvis ansøgere ikke vil modtage rådgivningen. Det var forventet, at det ville få en særlig betydning, at adoptanter nu bliver bedt om at tale med en psykolog/psykoterapeut. Der var forventet en vis modstand mod at skulle modtage den obligatoriske rådgivning.

Virkeligheden har dog vist sig anderledes, sådan at der alene er 1 konsulent, der har oplevet en rådgivning, hvor en adoptant syntes at være præget af modstand. Generelt er rådgivningerne fyldt med gode energier, og adoptanterne er glade for at være nået så langt som til at hente et barn.

Det er nødvendigt for rådgiveren at være der, hvor den anden er i forhold til at være optaget af det, som adoptanterne er optagede af. Fokuspunktet er, at rådgiveren skal være i stand til at løfte den eller de andre parter til den nærmeste næste udviklingszone. Indholdet i de 6 timers rådgivning er ikke fastlagt på forhånd, men rådgivningen skal være med til at hjælpe adoptanterne videre i deres udvikling. Nogle af de punkter, som der tales om under den obligatoriske rådgivning kommer fra fase 2-forløbet.

Det mulige indhold i de obligatoriske timer kunne være:

- *Adoptantens egen tilknytningshistorie.* Her sættes fokus på, hvilke erfaringer adoptanten bringer med, og adoptanterne skal reflektere over deres egen tilknytningshistorie. Jo mere adoptanterne er i stand til refleksion og mentalisering (forestilling om andres følelsesliv) jo bedre. Der fokuseres også på deres tilknytningshistorie kontra barnets tilknytningshistorie. Det vides altid, at barnet har mistet sine biologiske forældre og sin kultur.
- *Barnets tilknytning.* Barnets tilknytning går forud for alle andre udviklingsopgaver. Barnet skal kunne spejle sig i de voksne. Børn med brud på tilknytningen har behov for at knytte nye bånd.
- *Barnets fortid i familiens nutid.* Her deles barnets historie op i 2 - den faktuelle over for den følelsesmæssige historie. Her arbejdes igen med mentalisering.
- *Tæt på at blive adoptivforældre.* Det kan give anledning til nye tanker og følelser. Her arbejdes der også med "de forbudte følelser".
- *Første møde med barnet.* Her berøres blandt andet mødet inden overdragelsen, selve overdragelsen og efter hjemtagelsen kan der ses tilbage på overdragelsen.

- *Barnets reaktioner.* Her kan berøres emner som ukritisk kontakt og gråd og emnet at barnet eventuelt foretrækker en forældre frem for en anden. Der tales også om, at det er et godt tegn, hvis barnet er kritisk overfor andre voksne end adoptanterne.
- *Forholdene på børnehjemmene.* Der kan have været forhold på børnehjemmene, som kan påvirke børnene på sigt, og man bør være opmærksom på understimulering og fejlstimulering. Er barnet understimuleret vil dette lettere kunne indhentes, men er barnet fejlstimuleret, kan det være langt sværere at have med at gøre. Ofte er der tale om et barn, der vil bære nogle af følgevirkningerne af fejlstimuleringen med sig gennem livet.
- *Reaktioner i familiens omgivelser.*
- *Hvordan møder og forstår man barnets kontaktforsøg eller kontaktafvisninger.* Visse børn reagerer ved at opføre sig som yngre børn, de regredierer.
- *Kontakt, afstemning og regulering.* Her kan berøres, hvordan man følelsesmæssigt hjælper barnet på vej via den afstemning, man selv laver.
- *Betydningen af rutiner og gentagelser og dermed forudsigeligheden*
- *Samarbejdet mellem forældrene*
- *Tegn på trivsel og mistrivsel*

Afslutningsvis bemærkede Anita Berner, at det drejer sig om at hjælpe forældrene til at blive særlige forældre, og at der i det ikke er særligt fokus på børn specifikke fysiske handicaps. Det er udviklingen og den øgede viden, der gør, at adoptanten kan klare at tage hånd om et adoptivbarn.

Den aktuelle formidlingsituation i Danmark

Ved Jeanette Larsen, direktør i DIA, samt Rikke Stauning Klestrup, landeansvarlig i DIA.

Jeanette Larsen indledte med at præsentere adoptionsbilledet, som det ser ud lige nu. Efter sammenlægningen af AC Børnehjælp og Danadopt var der 506 sager, og i 2017 var der 255 sager. Der er foretaget 97 adoptioner efter sammenlægningen, og ventetiden var ofte 5-6 år.

Den aktuelle situation er dog sådan, at der nu mangler familier på næsten alle ventelister. På nuværende tidspunkt er der 11 aktive formidlingslande. Det har også betydet, at DIA i 2017 har måttet justere medarbejderantallet. De er derfor gået fra at være 21 fuldtidsansatte til i dag at være 14.

Der har tidligere været 19 aktive lande. Enkelte står fortsat på venteliste til Kina, som dog er lukket for nye ansøgere. Økonomisk er der ikke sket en stigning siden 2014. Dog er DIA nu nede på at have 255 aktive sager.

Ventetiden for nye familier er mellem 6 måneder og 4 år. Dog var det hurtigste match i 2017 2 uger. Situationen er nu oftere den, at familierne ikke er klar til at få et barn i forslag. Den hurtigste adoption frem til hjemtagelse har i 2017 været 7 måneder, mens den længste formidling har været 10 år. Ventetiden for mange af de ansøgere, der bliver godkendt i dag vil være under 4 år.

I forhold til den nye godkendelsesramme er det DIAs erfaring, at ansøgerne er mere åbne og realistiske omkring de børn, der bliver formidlet, men samtidig er de også mere bekymrede. Ansøgerne kommer med en forestilling om, at de skal adoptere spædbørn, men får så en anden opfattelse af børnene, efter de har været hos PAS-konsulenterne i fase 2. Børnene er dog som oftest i aldersgruppen 1-4 år. I 2017 var der 79 adoptioner. Den primære aldersgruppe var 2-4 år. Den ældste i 2017 var 11 år gammel og den yngste var 9 måneder. Den almindelige formidling er de børn, der kommer flest af. 75-80 procent af børnene er i alderen 1-4 år.

Adoption har været præget af en del negative fortællinger. I forbindelse med, at der er sket lukning af en række lande, har det været nødvendigt for nogle af ansøgerne at skifte land. Dette kan have medført ændrede udgifter. DIA arbejder konkret med at sætte fokus på positive historier omkring adoption.

Rikke Stauning Klestrup fortalte herefter, at der ses nu en tendens til, at flere og flere lande matcher individuelt. De danske ansøgere er ikke så kritiske, som de tidligere har været. Ansøgerne skal dog med de nye matchningsprocesser have reflekteret over, at man eventuelt får et barn med HIV, og hvilken betydning det vil have. Ansøgerne kan, som følge af proceduren, opleve at stå meget kort tid på en venteliste. Som følge af de individuelle matchningsprocedurer skal man i nogle lande tage stilling til specifikke udfordringer.

DIA har set en lille stigning i de ældre børn – i aldersgruppen 3 og 4-årige børn. Visse ansøgere er også åbne overfor større søskendegrupper, hvilket har betydet, at der i 2017 er kommet et sæt trillinger til Danmark samt en søskendeflok på 3.

DIA er opmærksomme på, at flere lande kræver individuel stillingtagen. Der er desuden også flere lande, der kræver en psykolograpport. I visse tilfælde bliver der lavet psykolograpporter, der er specificeret til det enkelte land. Lige nu kræver 6 ud af 11 lande en psykolograpport på ansøgerne. Herudover laver flere lande også psykolograpporter på børnene, hvor der er tale om en mere tværfaglig beskrivelse af børnene. I

Danmark er der mere fokus på fysisk helbred og fysiske udviklingspotentialer. DIA oplever også, at det sjældent er de fysiske helbredsmæssige problemer, som ansøgerne tumler med, det er i stedet den psykosociale udvikling, der fylder. Det er DIAs opfattelse, at der i nogle sager kunne være behov for en psykologfaglig rådgivning før accept at for eksempel en søskendegruppe. DIA gør sig overvejelser om, hvordan de kan arbejde med oplysningerne om børnene.

Afslutningsvis fortalte Jeanette Larsen, at DIA i 2015 fik 79 ansøgere på venteliste, mens de i 2017 kun fik 48 ansøgere på venteliste. De arbejder derfor med at få de positive adoptionshistorier ud og har fokus på, hvordan adoption kommer på landkortet igen. DIA arbejder ud fra en kommunikativ vinkel. De tror på den personlige fortælling.

Nyt fra det medicinske område – hypertension, BMI, gynækologiske cancers og arvelige forhold hos ansøgerne

Ved nævnsmedlem Jan Erik Henriksen

Jan Erik Henriksen lagde ud med at fortælle, at ansøgers helbredsmæssige tilstand ikke må forringe muligheden for et gunstigt forløb for adoptivbarnet. Man ser derfor på, hvordan ansøgers helbredsmæssige tilstand vil være de næste 15-20 år. Der bliver foretaget en konkret og individuel vurdering. I nævnets vurdering indgår livsstil, arbejde, hobbies, tobak og familiære/genetiske dispositioner. Ansøgers tilstand bliver vurderet i forhold til en helbredsattest og eventuelt en speciallægeerklæring. Ved usikkerhed ses på barnets tarv for at sikre den bedst mulige opvækst.

Udgangspunktet i nævnet er, at når nævnet beder om at få udarbejdet en speciallægeerklæring, skal denne ikke udarbejdes af den behandlende læge, men i stedet af en anden, så ansøgers tilstand vurderes af nye øjne. Hvis den behandlende læge udfærdiger erklæring, vil erklæringen kunne komme til at være mere positiv end reelt er, da behandlere jo også efter erklæringen skal have et behandlingsrelateret forhold til patienten.

Ved vurderingen af dødeligheden har ansøgers alder betydning. Jo højere alder ansøger har, jo større er risikoen for at dø.

Om **forhøjet blodtryk** bemærkede Jan Erik Henriksen, at det fremgår af nævnets vejledning om ansøgers fysiske og psykiske helbredstilstand, at *hvis ansøgers blodtryksforhøjelse er velbehandlet og ukompliceret, bør det ikke medføre et afslag*, da der ikke vil være komplikationer som følge heraf. *Hvis blodtrykket fortsat er højt under behandling, eller hvis der foreligger komplikationer fra nyrer, hjerne eller sværere forandringer i øjets nethinde*, vil hovedreglen være afslag, da der er øget risiko for følgesygdomme, specielt blodpropper i hjernen, hjerneblødning og nedsat nyrefunktion.

Jan Erik Henriksen bemærkede herefter i forhold til **overvægt**, at det fremgår af vejledning om ansøgers fysiske og psykiske helbredstilstand, at der kan indhentes en speciallægeerklæring, såfremt ansøgers BMI er mere end 33 kg/m². Hvis mandlige ansøgere har et BMI på mere end 38, vil dette umiddelbart medføre et afslag. For kvindelige ansøgere er dette tal 40.

I forhold til de **gynækologiske cancers**, bliver der set tilbage på de helbredsmæssige oplysninger. Det er i forbindelse med vurderingen essentielt at få fat i ansøgers journal, da det er afgørende, at man kan se, hvordan den enkelte form for cancer klassificeres. Det afgørende for ansøgerne er her stadiendelingen, da denne afgør, hvordan deres prognose er. Dette gælder både for livmoderhalskræft, æggestokkræft og livmoderkræft.

Der kan inddrages **arvelige forhold** i vurderingen af ansøgers helbredsmæssige tilstand, som oftest i forhold til cancer. Der vil typisk være tale om kvinder med mange tilfælde af brystkræft i familien, men også tilfælde af æggestokkræft. I den vurdering er det alene de konstaterede sygdomme hos ansøger, som bliver vurderet. Det vil i sig selv ikke føre til et helbredsmæssigt begrundet afslag, hvis man har familiær cancer i familien. Der skal altid foretages en konkret og individuel vurdering.

Godkendelsesrammer – Adoptionsnævnets erfaringer fra sager om børn i forslag til adoption

Ved nævnsmedlem Grete Teilmann og suppleant Charlotte Olesen

Grete Teilmann fortalte indledningsvist om formålet med den gældende godkendelsesramme. Den gældende godkendelsesramme har til formål at opnå en mere enkel og tidssvarende ramme, der afspejler formidlingssituationen og de børn, der frigives til adoption. Godkendelsesrammen trådte i kraft den 1. januar 2016. Grete Teilmann og Charlotte Olesen ville derfor komme ind på erfaringer fra de første år.

Ved den gældende godkendelsesramme, der rummer mere end tidligere, bliver ansøgeren godkendt til at adoptere et barn i alderen 0-48 måneder, hvor den samlede viden ikke tager afgørende imod, at barnet har et normalt udvikling i fysisk og psykisk henseende.

Der bliver med godkendelsesrammen ledt efter særlige familier, og denne pointe er god.

I forbindelse med vurderingen af barnet ses der blandt andet på, om barnets eventuelle kendte vanskeligheder er af et sådan omfang, at det er muligt for familien at føre et almindeligt dansk familieliv. Barnet forventes at ville kunne passes i en almindelig daginstitution og senere følge en almindelig folkeskole, eventuelt med begrænset brug af støtteforanstaltninger. Det skal også kunne antages, at forældrene vil kunne have en almindelig tilknytning til arbejdsmarkedet. Derudover skal den adopterede vurderes at kunne blive selvhjulpnen i eget hjem, når det er blevet voksent, eventuelt med brug af støtteforanstaltninger.

Hvis børnene har enten sygdomme eller handicaps, der må forventes at kræve kontakt til sundhedsvæsenet eller andre offentlige instanser, skal det vurderes om kontakten kan forudses at være af et sådant omfang, at det i sig selv vil medføre væsentlige hindringer i familiens udfoldelser.

Det er traditionen, at der lægges vægt på de somatiske forhold, hvor der ved vurderingen lægges vægt på barnets trivsel, og barnets udvikling og funktionsniveau, herunder de almindelige milepæle for børnene både fysisk og socialt. Ved vurderingen bliver det også taget med i betragtning, hvor pålidelige oplysningerne er. I de konkrete sager er der meget stor forskel på, hvor godt børnene er beskrevet. Nogle gange er det meget begrænset, hvor mange oplysninger, man kan få. Usikre data og kendte risikofaktorer fører dog ikke i sig selv til, at barnet ikke er omfattet af godkendelsesrammen.

I forbindelse med den gældende ramme er der ingen diagnoseliste, da der er meget stor forskel på, hvordan den enkelte sygdom udvikler sig.

Grete Teilmann og Charlotte Olesen har i efteråret 2017 lavet et tilsyn af sager vedrørende børnenes helbredsmæssige forhold. Ved dette tilsyn har der været set på 38 konkrete sager, hvoraf Charlotte Olesen og Grete Teilmann har udvalgt 20 sager, som de fandt komplekse. (Af de udtagne sager var der 5, som de ønskede skulle drøftes af Adoptionsnævnet.)

For at belyse problemstillingen om, hvorvidt et barn vurderes indenfor eller udenfor den gældende ramme, gennemgik Charlotte Olesen herefter tilsynet med specifikke eksempler indenfor for tidlig fødsel, udviklingsforsinkelse og misdannelser.

En enkelt af de behandlede sager har ligget uden for såvel den almene godkendelse og den gældende godkendelsesramme.

Det blev i forbindelse med gennemgangen af tilsynet bemærket af en af nævnets rådgivende børnelæger, Niels Tønnes, at de samtaler, som de rådgivende børnelæger har med kommende adoptanter, er meget svære samtaler. Oplysningerne fra afgiverlandene er meget varierende, og det kan derfor være svært at rådgive familierne om de helbredsmæssige konsekvenser af de komplikationer, som det barn, der er i forslag, har med sig.

En anden af nævnets børnelæger, Hans-Christian Laugaard-Jacobsen, var enig i, at det er meget svært at vurdere, hvad de beskrevne vanskeligheder vil betyde 5 eller 10 år ud i fremtiden. De rådgivende børnelæger forsøger derfor at beskrive overfor adoptanterne, hvilke eventuelle problemer, som de kan komme ud for.

Dorthe Bredesen bemærkede også, at der var et problem med definitionen "lettere funktionsnedsættelser", da ikke mange unge med for eksempel ADHD bliver selvhjulpne. Man kan ikke sidestille det, at man vurderes inden for godkendelsesrammen med, at der ikke kommer problemer. Det er svært at udtale sig om den eventuelle udvikling.